

DEPARTAMENTO DE SALUD
Programa de Vacunación

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN PARA INGRESO A LA ESCUELA

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ___ / ___ /

Mes / Día / Año

Núm. Seguro Social: _____

Nombre de Padre o Tutor Legal:

Nombre de Facilidad:

Instrucción: Ver al dorso antes de cumplimentar este documento.

FECHAS DE LAS DOSIS DE VACUNAS ADMINISTRADAS

Vacuna	Mes/Día/Año	Mes/Día/Año	Mes/Día/Año	Mes/Día/Año	Mes/Día/Año	Mes/Día/Año
DTP/DTaP/DT						
POLIO						
TD (Adulto)						
HbCV						
PCV						
HEP. B						
MMR						